


Liquidador		Revisor		2019		GOBIERNO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA		2019		Número de Serie		
				PLANILLA DE CONTRIBUCIÓN SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS		AÑO CONTRIBUTIVO 2019 O AÑO COMENZADO EL				<input type="radio"/> PLANILLA ENMENDADA <input type="radio"/> FALLECIDO DURANTE EL AÑO: ____/____/____ <input type="radio"/> CONTRIBUYENTE <input type="radio"/> CÓNYUGE <input type="radio"/> CÓNYUGE SUPÉRSTITE RINDE OTRA PLANILLA PARA EL AÑO CONTRIBUTIVO (Indique seguro social y fecha de defunción del cónyuge fallecido: ____/____/____)		
R	G	RO	V1	V2	P1	P2	N	D1	D2	E	A	M
1 de enero de 2019 Y TERMINADO EL 31 de diciembre de 2019												
Nombre del Contribuyente RICARDO				Inicial		Apellido Paterno HERRERA		Apellido Materno		Número de Seguro Social Contribuyente ***-**-1078		
Dirección Postal PASEO DEL PARQUE 47 PARQUE VONDEL SAN JUAN				PR		Código Postal 00926-6515		Fecha de Nacimiento Día ____ Mes ____ Año 1951 Sexo <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F		Número de Seguro Social Cónyuge _____ Fecha de Nacimiento del Cónyuge Día ____ Mes ____ Año ____ Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F		
Nombre e Inicial del Cónyuge ____				Apellido Paterno ____		Apellido Materno ____		Teléfono Residencia (____) ____-____ Teléfono del Trabajo (____) ____-____		Sello de Recibido 		
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle) PR				Código Postal		CAMBIO DE DIRECCIÓN: <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No		SOLICITÓ PRÓRROGA: <input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No		CONTRATO GOBIERNO: <input type="radio"/> Contribuyente <input type="radio"/> Cónyuge		
Correo Electrónico (E-Mail)												

Cuestionario

- SÍ NO**
- A. ☒ ¿Ciudadano de Estados Unidos? (Véanse instrucciones)
- B. ☒ ¿Residente de Puerto Rico durante todo el año?
Si contestó "No", indique una de las siguientes:
1. ☐ Fecha de mudanza a P.R. (Día ____ Mes ____ Año ____)
2. ☐ Fecha de mudanza fuera de P.R. (Día ____ Mes ____ Año ____)
3. ☐ No residente durante todo el año
- C. ☒ ¿Generó ingresos fuera del período de residencia en P.R. que no se incluyen en esta planilla? (Si contestó "Sí", indique la cantidad):
1. ☐ Atribuible al contribuyente \$ 0
2. ☐ Atribuible al cónyuge \$ 0
- D. ☒ ¿Otros ingresos excluidos o exentos de contribución?
(Someta Anejo IE Individuo)
- E. ☒ ¿Individuo residente inversionista? (Someta Anejo F1 Individuo)
- F. ☒ ¿Socio de una sociedad sujeta a tributación bajo el Código de Rentas Internas Federal?
- G. ☒ ¿Militar activo en zona de combate durante el año contributivo?
(Fecha en que cesó en el servicio: Día ____ Mes ____ Año ____)
- H. ☒ ¿Médico cualificado bajo la Ley 14-2017?
1. ☐ Contribuyente (Núm. decreto ____)
2. ☐ Cónyuge (Núm. decreto ____)

- I. ☒ ¿Se acoge a la contribución opcional (Sec. 1021.06 del Código)? (Someta Anejo X Ind.)
- J. FUENTE DE MAYOR INGRESO:
1. ☒ Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas
2. ☒ Empleado del Gobierno Federal
3. ☒ Empleado de Empresa Privada
4. ☐ Retirado/Pensionado
5. ☐ Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal)
6. ☐ Otro
- K. ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO:
1. ☒ Casado
(Ennegrezca aquí ☒ si se acoge al cómputo opcional y pase al Anejo CO Individuo)
2. ☐ Contribuyente individual
(Ennegrezca e indique nombre y seguro social del cónyuge si es:
☐ Casado con capitulaciones de total separación de bienes
☐ Casado que no vivía con su cónyuge)
3. ☐ Casado que rinde por separado
(Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba)
- Ocupación del contribuyente _____
- Ocupación del cónyuge _____

Reintegro

PASE A LA PÁGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO.			
1. CONTRIBUCIÓN PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, línea 31. Indique distribución en las líneas A, B, C y D)	01	(01)	67,933 00
A) Acreditar a la contribución estimada 2020		(02)	67,933 00
B) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan		(03)	0 00
C) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico		(04)	0 00
D) A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en una cuenta, complete el Encasillado de Depósito)		(05)	0 00

Pago

2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCIÓN (Encasillado 3, línea 31)	(06)	0 00
3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado	(07)	0 00
(b) Intereses	(08)	0 00
(c) Recargos 0 y Penalidades 0	(09)	0 00
4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a) más líneas 3(b) y 3(c))	(10)	0 00

Depósito

AUTORIZACIÓN PARA DEPÓSITO DIRECTO DE REINTEGRO		
Tipo de cuenta <input type="radio"/> Cheques <input type="radio"/> Ahorros	Número de ruta/tránsito	Número de su cuenta
Cuenta a nombre de: _____ y _____ (Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge)		

Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada.

Firma del Contribuyente <input checked="" type="checkbox"/> Firmada electrónicamente	Fecha 10-ago-2020	Firma del Cónyuge <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha ____
Nombre del Especialista (Letra de Molde)		Nombre de la Firma o Negocio	
Firma del Especialista <input checked="" type="checkbox"/>	Fecha	Especialista por cuenta propia (ennegrezca aquí <input type="radio"/>)	Número de Registro

NOTA AL CONTRIBUYENTE: Indique si hizo pagos por la preparación de su planilla: ☐ Sí ☒ No. Si contestó "Sí", exija la firma y el número de registro del Especialista.

Período de Conservación: Diez (10) años